

Kilian, Heiko

Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -therapie aus systemischer Sicht

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 8, S. 277-282



Quellenangabe/ Reference:

Kilian, Heiko: Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -therapie aus systemischer Sicht - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 8, S. 277-282 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8325 - DOI: 10.25656/01:832

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8325>

<https://doi.org/10.25656/01:832>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht

V&R

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R.Adam, Göttingen · A.Dührssen, Berlin · E.Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Schriftleitung: Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel
Redaktion: Günter Presting

38. Jahrgang / 1989

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -therapie aus systemischer Sicht

Von Heiko Kilian*

Zusammenfassung

Ausgehend von einer systemischen Sichtweise werden einige Konzepte der Frühförderung und -therapie näher betrachtet. Hierbei steht die Beschreibung typischer Interaktionen der Triade Eltern-Kind-Experten im Vordergrund. Anhand eines Fallbeispiels wird abschließend versucht, die praktischen Konsequenzen aufzuzeigen, die sich aus einem systemischen Verständnis heraus ergeben können.

1 Einleitung

Frühförderung und -therapie gewinnen an Bedeutung, nicht zuletzt auch aus gesundheits- und finanzpolitischen Erwägungen heraus. Die Zahl der entsprechenden Einrichtungen und Behandlungsangebote hat zugenommen. Frühförderung und -therapie seien in diesem Zusammenhang definiert als pädagogische bzw. medizinisch-therapeutische Maßnahmen bei Kindern unter 7 Jahren, die behindert, von Behinderung bedroht oder in (einem) bestimmten Bereich(en) entwicklungsauffällig sind.

Beteiligt an diesen Maßnahmen sind verschiedene Berufsgruppen: Kinderärzte bzw. Neuropädiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen, Krankengymnasten, Beschäftigungstherapeuten, Logopäden, Sonderpädagogen, Heilpädagogen. Teils arbeiten sie als Niedergelassene in freier Praxis (meist allein), teils in interdisziplinären Teams unterschiedlichster Zusammensetzung in Ambulanzen oder manchmal auch (teil-)stationären Einrichtungen. Gemeinsames Ziel ist stets die frühestmögliche Erfassung und Diagnostik von Defiziten in der Entwicklung des Kindes und die sich anschließende Therapie oder Förderung. Dabei bringt jede Berufsgruppe eine Fülle verschiedener, interessanter Methoden und Ansätze in diese Arbeit ein.

Was aber soll hier „systemische Sichtweise“, die ja bekanntlich etwas mit Familientherapie zu tun hat? Soll hier einer weiteren, gar zusätzlichen Methode das Wort geredet werden? Sind nicht der Methoden, Maßnahmen, Ansätze und Sichtweisen genug? Was hat denn überhaupt ein „System“ wie die Familie (oder wie ein Behandlungsteam) mit etwaiger Behinderung oder Entwicklungsverzögerung zu tun? Sind nicht mit einer guten funktionellen (z.B. Krankengymnastik-)Behandlung (KG) beim motorisch retardierten Kleinkind alle Probleme gelöst? Wie ist es aber dann zu verstehen, daß Fa-

milientherapie und psychotherapeutische Ansätze vermehrt in die Frühtherapie einbezogen werden? (Krause, 1986; Mangold & Obendorf, 1981).

Es sind verschiedene Gründe, die zu zunehmender Beachtung von im weitesten Sinne psychologischen und sozialen Gesichtspunkten geführt haben – von zentraler Bedeutung in diesem Zusammenhang ist die Erkenntnis, daß erst eine umfassende, ganzheitliche Betrachtungsweise und Behandlung unter Einbeziehung oder zumindest sorgfältiger Beachtung des Umfeldes zu einer Verbesserung der Therapieresultate führt (Hellbrügge, 1988; Schlack, 1983; Moini et al. 1982/83).

So erweiterte sich die Frühtherapie des Kindes um den Bereich „Elternarbeit“ bzw. „-anleitung“. Vor allem den Müttern gilt das besondere Augenmerk – sie sollen als Kotherapeuten fungieren. Möglichst optimale funktionelle Einzelbehandlung plus sorgfältige Elternanleitung wurde zur Formel für erfolgreiche Frühtherapie. Wenn es auch wiederholte Hinweise und Erfahrungen gibt, daß Elternanleitung allein nicht unbedingt ausreicht, um Behandlungsfortschritte zu erzielen (Mangold & Obendorf, 1981; Krause, 1986), so hat dieses „klassische“ Behandlungskonzept dennoch weite Verbreitung gefunden (Hellbrügge, 1988). In den folgenden Ausführungen sollen die Konsequenzen, die dieses Behandlungskonzept für die Beziehungen zwischen den an der Therapie beteiligten Personen hat, aus der Sicht der Systemtheorie näher betrachtet werden.

2 Zur theoretischen Grundlage

Zuvor seien jedoch stichpunktartig einige wichtige Elemente der Systemtheorie dargestellt:

- Ein grundlegender Ausgangspunkt ist das Konzept der Zirkularität: die Systemtheorie untersucht nicht Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge (Linearität), sondern gegenseitige Bedingtheiten (Zirkularität) bzw. die Funktion des beobachteten Phänomens, z.B. eines Symptoms, innerhalb seiner Umgebung. Es wird also nicht gefragt oder analysiert, *woher* z.B. ein Entwicklungsrückstand kommt, um aus der Ätiologie bestimmte Behandlungsmaßnahmen abzuleiten, sondern man interessiert sich dafür, welche *Auswirkungen* dieser Entwicklungsrückstand auf beispielsweise die El-

* Für kritische Anregungen danke ich U. Altmann-Herz. Dank auch an I. Rücker-Embsen-Jonasch, die meine Arbeit an dem hier dargestellten Fall supervidiert hat.

tern oder Erzieher, aber auch auf den behandelnden Therapeuten, hat und wie diese Auswirkungen auf das Kind und sein Symptom „Entwicklungsrückstand“ zurückwirken.

- Hieraus ergibt sich eine andere Bewertung von Pathologie, da das Symptom in seiner Funktion in seinem sozialen Kontext gesehen wird. Nicht eine eventuelle Normabweichung (im Sinne von Pathologie) soll festgestellt, untersucht und direkt behandelt werden, sondern es werden Ressourcen (d.h. Möglichkeiten im sozialen Kontext) gesucht, die Funktion des Problems (wie z.B. Entwicklungsdefizit) zu verändern, was sich dann angesichts zirkulärer Bedingtheiten auf das Symptom/Problem auswirkt.
- Was ein Symptom zum Symptom macht, ist die soziale Bewertung des jeweiligen Phänomens – erst die Bewertung etwa des Entwicklungsrückstands als pathologisch – ein sozial und gesellschaftlich oft nützlicher Vorgang – macht einen bestimmten Entwicklungsstand bei einem bestimmten Lebensalter zum Symptom. Somit handelt es sich hierbei auch um ein Produkt und Konstrukt sprachlich-sozialer Übereinkunft. Die therapeutische Konsequenz aus dieser Betrachtungsweise des sog. „Konstruktivismus“ besteht darin, die Bewertung des Symptoms bei den Betroffenen und damit auch seine Funktion zu ändern. Alternative Bewertungen oder Erklärungshypothesen führen zu verändertem Verhalten gegenüber dem entwicklungsrückständigen Kind, was neue Entwicklungen ermöglichen und *auf diesem Wege* das Symptom verändern kann. (s. hierzu die „Umdeutungen“ im Fallbeispiel.) (Näheres zu Systemtheorie und Konstruktivismus s. z.B. *Selvini et al.*, 1981; *Ludewig*, 1987; *Maturana & Varela*, 1987; *Cecchin*, 1988).

3 Vier Grundpostulate und ihre Konsequenzen

Diese, hier sehr unvollständig und verkürzt referierten Grundgedanken von Systemtheorie und Konstruktivismus bilden den Ausgangspunkt für die folgenden Betrachtungen über das „klassische“ Frühtherapiemodell. 4 „Grundpostulate“ dieses Behandlungsansatzes seien im einzelnen in den Blickpunkt gerückt. Diese 4 Grundannahmen stellen dabei einen aufgrund eigener Praxiserfahrungen gewonnenen, unvollständigen Beschreibungsversuch dieses Ansatzes dar.

3.1 Das erste Postulat

Das erste dieser Grundpostulate könnte folgendermaßen lauten: Bei entwicklungsauffälligen oder teilleistungsstörungen Kindern liegen pathologische Symptome vor. Deshalb reicht die „normale“ elterliche Erziehung und Förderung nicht aus, die Hinzuziehung von Experten ist notwendig. Diese Experten (Therapeuten/Diagnostiker) wissen besser, was für die Entwicklung bzw. Förderung solcher Kinder gut und richtig ist. Folglich wird es dann am ehesten Fortschritte oder Erfolge geben,

wenn die Eltern die Ratschläge der Experten möglichst genau befolgen.

Dieses Postulat hat für die Interaktion zwischen Therapeut und Familie folgende Konsequenzen: Die Eltern werden oft von Schuldgefühlen entlastet, es ist nicht mehr ausschließlich ihren insgeheim vermuteten „Erziehungsfehlern“ zuzuschreiben, daß ihr Kind sich nicht wie andere entwickelt. Die implizierte Krankheit bedeutet u.U. auch, daß das Problem schwerwiegend sein könnte. Hoffnung vermag nun der Expertenstatus der Ärzte und Therapeuten zu vermitteln, denn die Einleitung einer „Behandlung“ bedeutet immer auch, daß das Problem beseitigt, zumindest aber verringert werden kann.

Die Einbeziehung z.B. der Mutter (Anleitung) gibt der Familie außerdem das wichtige Gefühl, selbst zur Besserung – und damit evtl. auch zur Wiedergutmachung etwaiger Fehler – beitragen zu können. Die Verantwortung für diese Besserung geht allerdings zu einem großen Teil auf die Therapeuten über, denn diese „leiten an“. Die Erfahrungen, Beobachtungen und Fähigkeiten der Familienmitglieder haben nun wesentlich geringeres Gewicht als vorher. Die Ressourcen der Familie z.B. in Form von bereits erprobten Lösungsstrategien, die ihrer spezifischen Situation entsprungen und angemessen sind, finden u.U. zu wenig Berücksichtigung. In systemischer Sicht wird davon ausgegangen, daß die Eltern bzw. andere bzw. weitere nahe Bezugspersonen die besten Experten für den Umgang mit ihrem Kind sind. In diesem Sinn kann sicher der vorausgesetzte Expertenstatus der Therapeuten eher entwicklungshemmend als -fördernd wirken. Darüberhinaus fordert die Expertenhaltung symmetrische Eskalationen geradezu heraus (*Simon & Weber*, 1987) – es wird eine Konkurrenzbeziehung zwischen Therapeuten und Eltern begünstigt, in der beide Seiten sich gegenseitig ihre (größeren) Kompetenzen beweisen wollen.

Dies alles bedeutet nun nicht, daß funktionelle Einzeltherapie mit Elternanleitung aus systemischer Sicht überflüssig oder gar kontraindiziert wäre. Vielmehr impliziert eine systemische Sichtweise, daß der Therapeut sich die Begrenztheit des eigenen Wissens über das Kind und dessen familiäre und soziale Umwelt bewußt macht und hierüber sorgfältig Informationen einholt, um aus seinem fachlichen Repertoire die bestpassenden Angebote auswählen zu können. Hierbei ist es von besonderer Wichtigkeit, sich primär von den Bedürfnissen und der Entwicklung des Kindes und der Eltern und erst sekundär von fachlichen „Notwendigkeiten“ leiten zu lassen. Dies bedeutet für das berufliche Selbstverständnis der Experten eine Herausforderung, weil es ihre Position infrage stellt, zugleich aber von einem Zuviel an Verantwortung und Erfolgsdruck entlastet.

3.2 Das zweite Postulat

Eine 2. Grundhypothese des „klassischen“ Behandlungsmodells könnte so heißen: Die Mutter-Kind-Beziehung ist der Schlüssel für das Verständnis und die Beeinflussung der kindlichen Entwicklung (sofern es sich nicht

um rein anlagemäßig-organische Entwicklungsbereiche handelt). Andere Umweltfaktoren sind demgegenüber von eher untergeordneter Bedeutung. U.a. deshalb ist eine Anleitung insbesondere der Mutter als Ko-Therapeutin wichtig.

Dieses Postulat beinhaltet zunächst eine psychologische Grunderkenntnis, fast schon Binsenweisheit. Psychoanalyse und entwicklungspsychologische Forschung haben die Bedeutung der Mutter-Kind-Interaktion für die – insbesondere frühkindliche – Entwicklung immer wieder belegt. Was die Frühbehandlung anbetrifft, so ist mit diesem Postulat der erste Schritt zur Anerkennung der Komplexität kindlicher Entwicklung im Zusammenspiel zwischen äußeren und inneren Einflüssen vollzogen. An die Stelle einer rein kindzentrierten Sicht tritt die Einbeziehung der Mutter-Kind-Dyade.

Diese Sichtweise hat jedoch noch eine weitere, pragmatisch wichtige Funktion: Es sind in aller Regel die Mütter, die mit ihren Kindern zur Entwicklungstherapie kommen und somit der diagnostischen Beobachtung und als Zielpersonen der Anleitung zur Verfügung stehen. (Es würde die therapeutische Praxis sehr erschweren, wenn die Theorie etwa die regelmäßige Einbeziehung von Vätern, Tanten oder Lehrern verlangen würde.)

In der Praxis besteht bei diesem Setting jedoch die Gefahr einer Überbetonung des mütterlichen Einflusses und der Schuldzuweisung an die Mütter. Sofern Umweltfaktoren gesucht werden, die die Entwicklung des Kindes beeinträchtigt haben könnten oder die den therapeutischen Erfolg bedrohen, landet das Augenmerk unweigerlich als erstes auf dem (aus den Therapiesitzungen bekannten) Verhalten der Mutter und ihrer vermuteten Beziehung zum Kind. Schuldgefühle, bei drohender oder sich abzeichnender Behinderung ohnehin meist offen oder latent vorhanden, erhalten so neue Nahrung. Die Fokussierung auf die Mutter-Kind-Dyade löst darüber hinaus das Verhalten der Mutter aus seinem sozialen Kontext und unterstellt damit indirekt den Müttern unbegrenzten Handlungsspielraum. Nur zu leicht wird dann vergessen bzw. übersehen, sich die Umstände zu vergegenwärtigen, die das Verhalten der Mutter oder von Mutter und Kind als vielleicht ausgesprochen nützlich bzw. zweckmäßig und sinnvoll erscheinen lassen könnten.

Die Einbeziehung systemischer Sichtweise in die Frühtherapie heißt nun aber nicht, daß in jedem Fall oder wenigstens oft ganze Familien oder gar weitere Bezugspersonen regelmäßig einbezogen werden müßten. Es ist sicher immer ein Gewinn, wenigstens gelegentlich auch die übrige Familie oder andere wichtige Personen zu sprechen, doch ist dies eben nicht immer praktikabel. In der alltäglichen Praxis wird es aber von Nutzen sein, den Blickwinkel über die Mutter-Kind-Dyade hinaus zu erweitern und sich z.B. indirekt (im Gespräch mit Mutter und/oder Kind) nach Meinungen, Aktivitäten und Reaktionen der Anderen im Zusammenhang mit den Problemen und Symptomen zu erkundigen. So kann z.B. als unangemessen oder falsch empfundenes Verhalten der Mutter im jeweiligen Zusammenhang verständlich und

sinnvoll werden – was die systemische Sichtweise stets voraussetzt. Auf diese Weise können sich die Therapeuten vor voreiligen Schlußfolgerungen oder Schuldzuweisungen schützen, die Beziehung zu Mutter und Familie pflegen und somit auch die therapeutische Strategie verbessern.

3.3 Das dritte Postulat

Betrachten wir ein weiteres mögliches Postulat der Frühtherapie: Mangelnde Kooperation des Kindes oder der Mutter in der Therapie ist oft Ausdruck psychischer Probleme und bedarf deshalb spezieller psychotherapeutischer Maßnahmen, die v.a. dazu beitragen sollen, Mutter und Kind Einsicht in die Notwendigkeit der funktionellen Therapie zu vermitteln.

Diese Annahme beinhaltet eine von vielen möglichen „Erklärungen“ für das Verhalten von Mutter und/oder Kind. Hier wird bei den Überlegungen über die aufgetretene Krise wiederum der Blick auf die Mutter-Kind-Dyade beschränkt; verbunden sein kann hiermit sogar eine indirekte Schuldzuweisung an die Patienten, die eine Reflexion über die eigene therapeutische Vorgehensweise verhindert. Natürlich muß gesehen werden, daß obiges Postulat in vielen Fällen durchaus passend und nützlich ist und für die Betroffenen hilfreich wirkt: häufig führt erst die Überweisung in psychotherapeutische Behandlung/psychologische Beratung zu neuen Lösungswegen und Entwicklungsfortschritten. Dennoch sind in Fällen schlechter Kooperation auch ganz andere Interpretationen bzw. „Erklärungen“ möglich:

- Die vom therapeutischen Setting vorgegebene Fokussierung auf das Kind und seine Entwicklungsförderung ist oft gekoppelt mit der Selbstdefinition des Therapeuten als „Anwalt des Kindes“: er/sie geht – als besonders Beauftragter für das „Wohl“ des Kindes – ein Bündnis mit diesem ein, bemüht sich um besonders guten Kontakt zu ihm und bringt dadurch das Kind in Loyalitätskonflikte zwischen Mutter und Therapeut. Zu gute Mitarbeit, zu rasche Fortschritte bedeuten eine Bestätigung der Expertenkompetenz und eine Abwertung der elterlichen Fähigkeiten. (Zeitweise) mangelnde Kooperation kann durchaus ein Kompromiß zwischen den (bewußten oder unbewußten) Erwartungen von Therapeuten und Mutter sein.
- Genauso kann natürlich auch die Mutter den Therapeuten mehr oder weniger gezielt in seinem Eifer bremsen, sei es aus Schutz vor eigenen Insuffizienzgefühlen, sei es eher deshalb, weil zu schnelle Änderungen alle Beteiligten, einschließlich des behandelten Kindes, vor neue Probleme stellen könnten.
- „Mangelnde Kooperation“ kann aber u.U. auch bedeuten, daß die Eltern (wieder) mehr Verantwortung für die Entwicklung ihres Kindes übernehmen wollen und sich (noch) nicht trauen, dies offen anzusprechen, denn es könnte auch eine Kränkung des Therapeuten bedeuten, wenn sie um eine Reduzierung, Unterbrechung oder gar das Ende der Behandlung bitten würden.

Jede dieser alternativen Interpretationen führt zu einer veränderten Bewertung der Kooperation zwischen Therapeut und Familie und hat unterschiedliche Konsequenzen für die weitere Behandlung. Ein systemisch ausgebildetes Teammitglied kann, als Teamberater oder direkter Gesprächspartner der Familien, bei der Suche und Auswahl der „passendsten“ Interpretation behilflich sein.

3.4 Das vierte Postulat

Das letzte von den hier dargestellten möglichen Postulaten könnte wie folgt formuliert werden: Verhaltensauffälligkeiten beim Kind mit Teilleistungsstörungen oder Entwicklungsrückständen sind in der Regel sekundär, als Folge der „ursprünglichen“, „ursächlichen“ Teilleistungsschwächen zu sehen.

Hier handelt es sich um ein allgemein anerkanntes Denkmodell, sowohl im therapeutischen Kontext als auch im Bereich der Forschung. Die Verzahnung zwischen Teilleistungsdefiziten und auffälligem Verhalten, sei es Aggression, Unruhe o. a., ist so offensichtlich und das zeitlich spätere Auftreten der Verhaltensprobleme so häufig, daß obiges Postulat als Schlußfolgerung nahe liegt (s. auch *Eisert*, 1988). Das therapeutische Konzept, das mit diesem Postulat verbunden ist, beinhaltet zum einen die Forderung, daß v. a. die „ursächliche“ Störung angegangen werden müsse – dann werde sich z. B. psychotherapeutische Behandlung gar erübrigen (*Ayres*, 1979; s. hierzu auch *Kilian & Brundieck*, 1987). Zum anderen wird jedoch oft die Notwendigkeit integrierter oder kombinierter Ansätze betont (*Hellbrügge*, 1988; *Schlack* 1983). Diese sollen gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen ansetzen, z. B. als Kombination von KG und/oder Beschäftigungstherapie (BT) und Elternberatung oder Psychotherapie für ein Familienmitglied.

Aus systemischer Sicht erscheint dieses Denk- und Behandlungsmodell in vielen Fällen nützlich und sinnvoll, wird jedoch als lediglich eine von verschiedenen (‘Denk-’) Möglichkeiten gesehen. Da die Systemtheorie sich angesichts der unübersehbaren Komplexität möglicher Ursachen und der Unmöglichkeit der Lenkung oder Steuerung lebendiger Systeme (*Maturana & Varela* 1987; *Cecchin*, 1988) nicht für kausale, sondern ausschließlich für funktionale Zusammenhänge interessiert, wird aus dem Konzept der „sekundären Neurotisierung“ mit seiner Ursache-Wirkungs-Implikation eine (oder mehrere!) Hypothese(n) über die gegenseitige (zirkuläre) Bedingtheit von (Teil-)Leistungsdefizit(en) und Verhaltensstörung(en). So kann unruhiges oder aggressives Verhalten beispielsweise die Funktion haben, Leistungssituationen auszuweichen und sich auf diese Weise vor befürchteter Überforderung oder überhaupt frustrierenden Situationen zu schützen. Hierdurch vergrößern sich jedoch u. U. die Leistungsdefizite aufgrund mangelnder Übung, was wiederum die „Notwendigkeit“ unruhigen bzw. aggressiven Verhaltens erhöht. Wo sind schließlich Ursache und Wirkung? (s. auch *Groß-Selbeck* 1983).

Genauso gut läßt sich jedoch etwa Unruhe und/oder Aggressivität als besondere Stärke, als gute Durchset-

zungsfähigkeit beschreiben, die „Schwächen“ in anderen Bereichen wettmacht und so dem Kind trotz teilweise geringer Leistungsfähigkeit einen Platz in seiner sozialen Umgebung in einer leistungsbetonten Gesellschaft sichert. Es wäre weiterhin ebenso denkbar, dieses Verhalten als „Sorgenanlieferung“ für die Eltern zu interpretieren, um diese von noch gravierenderen Problemen abzu lenken oder Auseinandersetzungen zwischen den Eltern vorzubeugen.

Bei diesen verschiedenen Bewertungen verlieren die Verhaltensprobleme ihr pathologisches Gesicht, indem ihnen eine sinnvolle Funktion in ihrem sozialen Kontext zugeschrieben wird. Entscheidend ist bei der Auswahl der verschiedenen Interpretationen nicht die objektiv „richtigste“ oder „wahrste“ herauszufinden, sondern diejenige, die am ehesten den Negativ-Zirkel zwischen „Verhaltensstörung“ und Teilleistungsstörung“ aufzuheben vermag. Dies läßt sich aus „Erfolg“ oder „Nicht-Erfolg“ also aus der Nützlichkeit der jeweiligen Intervention erschließen. Auf jeden Fall können sich aus den alternativen Bewertungen bzw. Funktionszuschreibungen unterschiedliche Konsequenzen für die Therapie ergeben: Vielleicht wird man die „Verhaltensstörung“ lediglich positiv bewerten und nicht „therapieren“, vielleicht funktionelle Inhalte zeitweise forcieren oder zugunsten von Beziehungsinhalten unterbrechen, eventuell auch Anforderungen verringern u. a. m.

4 Fallbeispiel

An einem Fallbeispiel soll nun versucht werden, unterschiedliche Sichtweisen und ihre therapeutischen Konsequenzen zu verdeutlichen:

Im Alter von 1;11 Jahren wird A. von der Großmutter ms in der neuropädiatrischen Ambulanz vorgestellt, da er noch sehr stereotyp spiele und erst 2–3 Worte spreche. Anlässlich dieser Erstvorstellung wird der Verdacht auf eine geistige Behinderung diskutiert. Die sich nun anschließende psychologische Untersuchung mit dem Hellbrügge-Entwicklungstest bestätigt diesen Verdacht: Es liegen signifikante Entwicklungsrückstände in den Bereichen Sprache, Sozialalter und Feinmotorik vor (jenseits des 95. Percentils).

Im Gespräch zwischen Mutter und Psychologen kommt eine schwierige Gesamtsituation zum Vorschein: die Eltern sind stark im Hausbau engagiert und beide ganztags berufstätig, so daß A. tagsüber von seiner Oma versorgt werden muß. Die Mutter hat gerade einen Krankenhausaufenthalt hinter sich, es wurden zu ihrer Enttäuschung jedoch keine organischen Ursachen für ihren Kreislaufzusammenbruch gefunden. Sie wird mit der Überlegung bzw. Interpretation psychosomatischer Zusammenhänge konfrontiert, was bei ihr heftigen Widerspruch hervorruft.

In der eingeleiteten Ergotherapie macht A. rasch gute Fortschritte, „obwohl“ es oft an der Zusammenarbeit mit der Mutter hapert: aufgrund ihrer Berufstätigkeit kann sie A. nur ausnahmsweise zu den Therapiestunden begleiten und Anleitung bekommen – was so meist die Oma erledigt. Sie lehnt die mehrfach angebotenen psychologischen Gespräche ab.

An dieser Stelle sei die Fallgeschichte unterbrochen, um die bis hierher im therapeutischen Verlauf eingegangenen impliziten Postulate und alternative Interpretationen darzustellen:

Die Verhaltensweisen „stereotypes Spiel“ und „geringe Sprachentwicklung“ werden zumindest gemäß Postulat 1 des klassischen Behandlungsmodells als pathologische Normabweichung bewertet. Die Therapie wird eingeleitet. Die Sozialanamnese scheint darüberhinaus zusätzlich dieses Postulat zu belegen, die „normale Erziehung“ reicht angesichts der elterlichen Verpflichtungen nicht aus.

Aus der in Postulat 2 erklärten überragenden Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung ergibt sich nun die Notwendigkeit einer zusätzlichen Behandlung oder Beratung der Mutter, die angesichts der ungeklärten Ursachen ihrer Erkrankung noch an Dringlichkeit gewinnt, wird doch auch hier Pathologisches vermutet. Die Weigerung der Mutter, sich weder selbst behandeln zu lassen, noch regelmäßig an A.s Therapie teilzunehmen, scheint nun Postulat 3 zu bestätigen, wird als Ausdruck von „Widerstand“ bei gleichzeitiger Beziehungsstörung gesehen. Diese doppelte „Kooperationsverweigerung“ der Mutter bedeutet für das klassische Behandlungskonzept eine Herausforderung, stellt die zugrundeliegenden Prämissen in Frage.

Unter systemischer Sichtweise ließen sich A.s Entwicklungsrückstände und die Erkrankung der Mutter – auf dem Hintergrund von Hausbau und Berufstätigkeit beider Eltern – als Krise bei Mutter und Kind bzw. der gesamten Familie interpretieren, die diese zwingt, ihren Lebensplan neu zu überdenken. Der Begriff „Krise“ vermeidet die Implikation der Pathologie und unterstellt, daß die verschiedenen Schwierigkeiten vorübergehender Natur sind. Diese Umetikettierung in Zusammenhang mit einer Ausweitung der Betrachtungsweise auf die gesamte familiäre Situation entlastet etwa die Mutter von Verantwortung, denn es handelt sich ja um einen alle Familienmitglieder betreffenden, vorübergehenden Zustand. Nun könnte es ihr u. U. auch leichter fallen, eventuell psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird doch ihre Person nicht als pathologisch infrage gestellt.

„Krise“ impliziert auch, daß die Familie letztendlich mit den Schwierigkeiten fertig werden kann und eben auch A.s. Entwicklung wieder voranzubringen vermag. Die Ergotherapie kann hierbei als Unterstützung dienen, ebenso wie vielleicht psychologische Gespräche. Die Verantwortung für die Teilnahme an den Angeboten bleibt jedoch bei der Familie – sie selbst bestimmt bei dieser Problemdefinition, wann die „Krise“ beendet ist und wie sie sie meistern will. „Mangelnde Kooperation“ wird zum Versuch, selbst aus eigener Kraft zurechtzukommen. Die Verantwortung der Therapeuten besteht bei dieser Sichtweise darin, unter den fachlich richtigen die für Kind und familiäre Situation passenden und nützlichen Angebote auszuwählen. D.h. etwa die Oma zur Ko-Therapeutin zu machen oder aber bei vorhandenen

Fortschritten ganz auf „Anleitung“ und therapeutische Vorschläge zu verzichten.

Die Fallgeschichte setzt sich wie folgt fort:

A. macht trotz der „Kooperationsprobleme“ Fortschritte – anläßlich einer Wiedervorstellung in der neuropädiatrischen Sprechstunde 1/2 Jahr später ist nur noch ein Rückstand im sprachlichen Bereich erkennbar. Die Mutter beschuldigt daraufhin sofort den Vater, für dieses Defizit verantwortlich zu sein; er pflege sich nämlich mit dem Sohn in „Babysprache“ zu unterhalten. Kurz darauf endet die Ergotherapie bei noch geringen Sprachdefiziten.

2 Jahre später – A. ist inzwischen 4;11 Jahre alt – wendet sich die Mutter an die Neuropädiatrische Ambulanz mit der Bitte um eine Überprüfung des Entwicklungsstandes. A. sei v. a. im Kindergarten sehr aggressiv und zeige sprachliche Rückstände, auch habe er fast überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen gefunden. Zuhause sei er sehr bockig und halte auch öfters seinen Stuhl zurück. Da sich sowohl Oma wie Kindergarten rat- und hilflos zeigen, wird eine stationäre Behandlung eingeleitet. Während der stationären Behandlung versäumen es die Eltern keinen einzigen Tag, A. trotz erheblichem Wegeaufwand am Feierabend für 2 Stunden zu besuchen und zu Bett zu bringen. Auch sind nun beide bereit, an regelmäßigen psychologischen (Familietherapie-)Sitzungen teilzunehmen. Diagnostisch ergeben sich nun leichte bis mäßige Teilleistungsdefizite in Feinmotorik und aktiver Sprache – bei normaler Intelligenz. A. weigert sich konstant, Fragen von Erwachsenen zu beantworten.

Betrachten wir nun wieder verschiedene Interpretationsmöglichkeiten: A.s Außenseiterstellung im Kindergarten läßt sich gemäß Postulat 4 als Resultat seiner Teilleistungsstörung im sprachlichen Bereich sehen – er kann nicht altersentsprechend kommunizieren und Kontakt finden, Artikulationsmängel animieren die Kinder zu Hänseleien. So können seine Aggressionen im Kindergarten dann auch als Folge häufiger Frustrationen gesehen werden. A. ist in einen Problemzirkel geraten, der sich dann auch auf sein Verhalten in der Familie ausgewirkt hat, wo er nun auf Versagungssituationen ähnlich reagiert wie im Kindergarten. Therapeutisch steht bei dieser Interpretation die Intensivbehandlung seiner Teilleistungsschwächen im Vordergrund, ergänzt durch soziales Training in der Kleingruppe.

Den systemisch denkenden Therapeuten interessieren an dieser Stelle einige andere Beobachtungen und Gesichtspunkte: (a) Die Mutter hat den Vater als „Verursacher“ der Sprachdefizite beschuldigt. (b) A. zielt mit seiner Sprachverweigerung nur auf Erwachsene. (c) Die Eltern wirken bei ihren allabendlichen Stationsbesuchen sehr zerstritten.

A.s „Rückfall“ in Entwicklungsdefizite läßt sich nun als Hinweis auf eine erneute oder andauernde Krise verstehen. A. bewirkt durch seine Verweigerung von Fortschritten, daß die Eltern Außenstehende um Hilfe bitten und nun sogar Familiengespräche zustande kommen. Fast könnte man sagen, er ist den elterlichen Dauerstreit leid und deshalb in „Entwicklungstreik“ getreten, um die Eltern auf ihre Verantwortung für ihn aufmerksam zu machen. Die stationäre Aufnahme bedeutet für ihn eine Entlastung. Er kann für einige Zeit den täglichen Auseinandersetzungen entfliehen, fühlt sich aber dank

der abendlichen Elternbesuche von ihnen nicht im Stich gelassen.

In den nun parallel zur funktionellen Behandlung stattfindenden Elterngesprächen kristallisiert sich das Bild eines tief zerstrittenen Ehepaares heraus, das selbst weiß, daß es „durch“ seinen Kleinkrieg A.s Entwicklung schadet, aus gegenseitigen Abwertungen aber von selbst nicht herausfindet. Die Diagnosen und Erklärungen von A.s Entwicklungsdefiziten dienen dabei den Eltern als Munition in ihren Auseinandersetzungen. Aus systemischer Sicht sind Diagnostiker und Therapeuten somit längst „Mitspieler“ in diesem familiären Beziehungs„spiel“. Da die Behandlung A.s sich mit Unterbrechungen über 4 Jahre erstreckt – ein in der Frühtherapie nicht ungewöhnlicher Verlauf –, bieten sich somit immer neue Gelegenheiten für Experten, weitere Rollen zu übernehmen. So fungiert die Ergotherapeutin als „Verbündete“ der Großmutter – sie trägt mit ihr zusammen zunächst die Hauptverantwortung für A.s Entwicklung und teilt mit ihr die kritische Haltung gegenüber den sich wenig zuständig fühlenden Eltern. Die Mutter sucht ihrerseits Bundesgenossen in Arzt und Psychologe, indem sie diese gegen den Vater durch ihre Klagen über dessen schlechtes Sprachvorbild einzunehmen versucht. Bei den täglichen Besuchen auf der Station versuchen beide Eltern, durch gegenseitige Beschuldigungen Stationsmitarbeiter auf ihre Seite zu ziehen. Das Team sieht sich extremer Spannung ausgesetzt, schwankt in seinen Sympathien zunächst zwischen den elterlichen Polen, um schließlich in eine ablehnende Haltung der gesamten Familie gegenüber zu geraten.

Die systemische Sichtweise hilft, diese Prozesse zu erkennen und sich vor solchen Verstrickungen zu schützen. Dies kann v. a. dann am ehesten gelingen, wenn ein Teammitglied aus distanzierter Stellung heraus eine neutrale Position einnehmen kann. Diese Distanz ermöglicht dann, Zugang zur Situation der Eltern zu bekommen und ihr Vertrauen zu gewinnen. Im Fall der Behandlung A.s besteht für alle Behandelnden stets die Gefahr, in gleicher Weise wie die Familie die Verhaltensweisen der einzelnen Mitglieder abzuwerten und ihr „Spiel“ mitzuspielen. Erst die positive „Umdeutung“ (Konnotation) ihrer Streitigkeiten als Verbundenheit, gar als Ausdruck gegenseitiger Liebe – denn wer sich viel streitet, ist ja am Tun des anderen sehr interessiert – vermag auf der Beziehungsebene Änderungsprozesse in Gang zu setzen und auf diese Weise für A. neue Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen.

Wenn auch vielleicht systemische Sichtweise in der Frühförderung manchem sinnvoll und/oder nützlich erscheinen mag, nicht zuletzt aus der Erfahrung immer wiederkehrender gleicher Probleme heraus, so sei dennoch darauf hingewiesen, daß dieser Ansatz seinen Preis hat. Die Einbeziehung systemischen Denkens bedeutet:

- Abschied von der Vorstellung, das „Richtige“ für das Kind zu wissen.
- Abschied von der Vorstellung, man könne eine „objektive Wahrheit“ finden.

- Zunahme an Komplexität durch Berücksichtigung anderer Gesichtspunkte.

Diese Aspekte können für die in Frühförderung und -therapie Tätigen einen erheblichen Verlust an Sicherheit bedeuten, weil Grundlegendes in Frage gestellt wird. Grundsätzlich ist nur ein vorsichtiges Herantasten an diese Denkweise ratsam.

Summary

Some Remarks on Early Education from a Systemic Point of View

Proceeding from a systemic approach some concepts of early education and therapy are looked at more closely. In this connexion special attention is given to the description of typical interactions of the parents-child-expert triad. Based on a case study it is finally tried to point out practical conclusions, resulting from a systemic approach.

Literatur

- Ayres, J. (1979): Lernstörungen. Berlin: Springer. – Ayres, J. (1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin: Springer. – Cecchin, G. (1988): Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 3, 190–203. – Eisert, H. G. (1988): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperaktiv-aggressiven Kindern. In: Franke, U. (Hrsg.): *Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie*. Berlin: Springer. – Groß-Selbeck, G. (1983): Hyperkinetische Kinder – Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung. *Deutsches Ärzteblatt* 1983, Heft 37, 38–41. – Hellbrügge, Th. (1988): Entwicklungs-Rehabilitation und Behindertenhilfe. *Der Kinderarzt*, 1988, Heft 4, 5 und 6. – Kilian, H. & Brundieck-Röhrich, A. (1987): Sensorische Integration – Sensorische Integrationsstörungen. *Der Kinderarzt*, Heft 3. – Krause, M. P. (1986): Entwicklungsförderung behinderter Kinder: Ein familienzentriertes Konzept. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik*, 8, 39–42. – Krause, M. P. (1986): Psychotherapeutische Elternarbeit als notwendige Ergänzung der Frühtherapie. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 8, 110–115. – Ludewig, K. (1987): 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen. *Z. System. Therapie* 5, 178–191. – Mangold, B. & Obendorf, W. (1981): Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 29, 12–18. – Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Bern: Scherz. – Moini, A. R., Schlack, H. G. & Ebert, D. (1982/85): Verhaltensstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern durch inadäquate krankengymnastische Behandlung. *Pädiatrische Praxis* 27, 635–640. – Remschmidt, H. & Schmidt, M. (Hrsg.) (1986): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber. – Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1981): Hypothesieren, Zirkularität, Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 138–147. – Schlack, H. G. (1983): Ganzheitlichkeit und Methoden in der Frühförderung aus medizinischer Sicht. *Frühförderung interdisziplinär* 3, 102–111. – Simon, F. B. & Weber, G. (1987): It's more fun to compete. Über den Umgang mit hochsymmetrischen Beziehungen. *Familiendynamik* 176–181..

Ansch. d. Verf.: Dipl.-Psych. Heiko Kilian, Sozialpädiatrisches Zentrum, Johannes-Anstalten, 6950 Mosbach.